

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE 

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Janco SANDBRAND

Né le 3 Décembre 1905 à GALATZ (Roumanie)

La fermeture intra-péritonéale des fistules et anus contre nature

(Procédé du Professeur Pierre Duval)

Président de thèse : M. le Professeur PIERRE DUVAL

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{le}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

JACQUES SANDERLAND

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Janco SANDBRAND

Né le 3 Décembre 1905 à GALATZ (Roumanie)

La fermeture intra-péritonéale des fistules et anus contre nature

(Procédé du Professeur Pierre Duval)

Président de thèse : M. le Professeur PIERRE DUVAL

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT.....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD.....	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
LAIGNEI LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
Professeur de Clinique et Thérapeutique chirurgicale;
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard.

*Grâce à qui j'ai pu mener à bonne
fin ce travail, et qui me fait le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse. En témoignage de pro-
fonde et respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVOIR
Professeur agrégé;
Médecin légiste ; Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BASSET
Professeur agrégé;
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

*Qui a bien voulu nous permettre de
nous servir de ses observations.*

A MONSIEUR BECLAIR
Radiologue de l'Hôpital Vaugirard.

A TOUS MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Je dédie ce modeste travail de fin d'études

A MON PERE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

La fermeture des anus contre nature a suscité ces dernières années des discussions passionnées au sujet de la méthode la plus favorable à suivre pour une cure radicale, et de ces discussions il est ressorti que la méthode directe intra-péritonéale, avec libération complète de l'anse intestinale, fixée par les adhérences, semble s'imposer comme un procédé de choix.

La communication magistrale faite par le professeur Pierre Duval à la Société Nationale de Chirurgie le 28 octobre 1928, en faveur de la méthode intra-péritonéale, a parue d'accord avec l'opinion générale, et les arguments que constituent les nombreuses statistiques vierges de toute mortalité, publiées par MM. Duval, Delore et Basset, paraissent écraser sous leur poids les autres méthodes de fermeture.

Sur un seul point, les défenseurs de la méthode directe intra-péritonéale se sont divisés : lorsqu'il s'agit d'un anus contre nature présentant un éperon, certains chirurgiens sont d'avis de supprimer cet obstacle avant la fermeture de l'anus, et ceci à l'aide

de l'entérotome de Dupuytren ou d'autre façon ; tandis qu'une autre partie des chirurgiens, ayant à sa tête le professeur Pierre Duval, trouve que le redressement de cette coudure anormale est absolument inutile et rejette de l'arsenal de ses instruments chirurgicaux le vieil entérotome de Dupuytren.

Nous nous sommes rendu compte, à la suite des brillantes guérisons opérées dans le service du professeur Duval et déjà publiées, qu'on peut vraiment se dispenser de ce temps préliminaire à la fermeture de l'anus contre nature, que constitue cette ablation de l'éperon, qui n'est d'ailleurs pas sans comporter certains dangers. Nous pensons démontrer que le vieil instrument de Dupuytren, l'entérotome, peut être rejeté de l'arsenal chirurgical moderne.

GÉNÉRALITÉS

Les anus contre nature se divisent en deux classes :

Anus contre nature simples.

Anus avec éperon.

Les anus contre nature simples présentent : a) un orifice cutané; b) un orifice intestinal; c) parfois un trajet intermédiaire.

Les anus contre nature avec éperon présentent, en plus, un diverticule qui occupe normalement le centre de l'orifice anal, pouvant aller jusqu'à effleurer la peau. Cet éperon (Dupuytren) ou promontoire (Scarpa) peut résulter :

1) Soit de l'ablation d'une anse complète ; les bords mésentériques sont presque parallèles, les deux orifices s'ouvrent côte à côte « en canon de fusil ». L'éperon se compose alors de deux segments verticaux accolés l'un à l'autre.

2) Soit tout simplement de la paroi supérieure du mésentère qui s'avance au centre de l'orifice anal.

Ce qui distingue alors les anus contre nature simples de ceux avec éperon, c'est que dans les pre-

miers les matières peuvent passer partiellement du bout afférant dans le bout efférant, tandis que dans les seconds, la dérivation des matières vers l'extérieur se trouve permanente et à peu près complète.

Dans le premier cas, l'évolution se fait spontanément vers la guérison : les fistules et les anus tendent à la fermeture spontanée, conséquence du rétablissement progressif du passage des matières dans le bout inférieur. Dans le cas des anus avec éperon, l'évolution vers la guérison peut se produire par rétraction mésentérique, qui attire peu à peu l'éperon et l'applatit, rétablissant ainsi la perméabilité de l'anse.

Enfin, il y a lieu de prendre en considération le siège des anus contre nature et fistules stercorales, car la pratique nous montre que plus leur siège est élevé, plus le pronostic se montre assombri.

HISTORIQUE

Le traitement des anus contre nature n'est pas une question nouvelle qui se pose aux chirurgiens et nombreux sont ceux qui se sont heurtés à ce sujet difficile.

Malgaigne, Dupuytren, Diffenbach, Denonvilliers, et tant d'autres, ont éprouvé les difficultés de ce problème. Dessault posa le premier le principe de la thérapeutique actuelle : nécessité de faire disparaître l'éperon : Dupuytren réalisa sa mise en pratique ; depuis, ce traitement a subi l'évolution que lui imposait le progrès constant de la science.

Avant la période antiseptique, on se bornait à des interventions superficielles, toute l'opération étant conduite en dehors de la grande cavité séreuse qu'on se gardait bien d'ouvrir. On employait une méthode de traitement indirecte pour les anus contre nature avec éperon, qui consistait dans la suppression de cet obstacle, nous ramenant au cas des anus sans éperon, qui sont spontanément curables.

Cette méthode a été soutenue par Dupuytren qui

l'imagina en réalisant la destruction de l'éperon au moyen de son entérotome.

L'entérotome était une pince laissée à demeure sur la cloison pendant sept ou huit jours, déterminant ainsi le sphacèle de la portion étreinte, et sa chute.

Cette entérectomie n'est pas sans danger; en effet, il arrive souvent qu'une anse intestinale forme une hernie à l'intérieur du pli que constitue l'éperon, et on risque beaucoup en posant l'entérotome de serrer entre les branches de l'instrument la hernie du mésentère, provoquant une perforation.

Une fois l'éperon enlevé, il reste une large communication entre les deux bouts intestinaux, protégée par des adhérences mésentériques, et grâce au libre passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur, l'anus devient spontanément curable.

Les résultats de cette intervention n'étaient pas toujours heureux. Une statistique de 1839, due à Dupuytren, montre : 71 % de cas avec succès;

22 % d'échecs;

7 % de mortalité.

Encore faut-il ajouter que les succès n'étaient souvent que temporaires et les réouvertures spontanées, à plus ou moins longue échéance, n'étaient pas rares. De plus, les adhérences restaient toujours, et ceci n'était pas un fait négligeable. Ces adhérences, d'abord lâches, ne tardaient pas à revenir définitivement, unissant le grêle, provoquant des coudures, brisant l'intestin, étant la cause de troubles innom-

brables, et, à plus ou moins longue échéance, on se voyait contraint à une nouvelle intervention chirurgicale. Cette fois-ci on était bien obligé d'ouvrir le ventre.

Lorsque la chirurgie vit s'ouvrir devant elle la voie antiseptique, les chirurgiens ne craignirent plus d'ouvrir le péritoine, et ils procédèrent à une cure plus radicale des anus contre nature et fistules, en suturant directement l'intestin et les plans pariétaux. Mais si les résultats furent encourageants pour les fistules, les entérectomies pour anus contre nature accusaient une mortalité de 25 % d'après Le Dentu, de 32,5 % d'après Goetz.

Des violentes critiques se levèrent alors et les partisans de la méthode extra-péritonéale voyaient grossir leurs rangs. On se mit à perfectionner cette méthode indirecte pour améliorer encore ses résultats, mais les récidives n'étaient pas beaucoup plus rares.

Une statistique de Lenormant accuse, sur dix cas :

6 guérisons d'emblée;

1 guérison après deux interventions consécutives;

2 succès incomplets;

1 échec.

Avec les grands chirurgiens modernes : Pierre Duval, Delore, Basset, Cadenat, qui apportent des statistiques ne contenant aucun échec, la méthode intra-péritonéale de fermeture des anus contre nature reçoit une consécration de méthode de choix.

Le professeur P. Duval fait à la Société de Chirurgie de Paris, dans sa séance du 28 octobre 1928,

une communication où il cite 38 cas de guérison sur 38 interventions. Holbaum et Kapiss publient, le premier, 42 cas avec 41 succès définitifs d'emblée, et le deuxième, 10 cas suivis de 10 succès.

Murard apporte 7 cas de guérison par cette méthode, dans 7 interventions qu'il a faites sur des anus contre nature.

Delore publie 19 cas suivis de guérison.

Nous-mêmes, nous apportons de nouvelles observations, 12, faites récemment dans le service du professeur Duval, suivies de plein succès, et qui prouveront l'innocuité de la méthode intra-péritonéale. Cette méthode, exécutée d'après les indications du professeur P. Duval, ne détruit pas l'éperon, ce temps préliminaire étant absolument inutile, ainsi que le prouvent nos cas qui ont été traités de cette façon et qui ont parfaitement guéri.

Indications et contre-indications de la méthode intra-péritonéale

Si, dans les premiers temps où naquit la méthode intra-péritonéale, on a eu à enregistrer des statistiques tout à fait défavorables, c'est qu'on méconnaissait ses indications précises; car il faut savoir que la plus légère suppuration au niveau de la plaie, une irritation des téguments autour de l'orifice anal, suffisent pour anéantir les bons résultats de l'intervention.

Il en découle que la méthode intra-péritonéale trouve des indications spéciales.

En premier lieu, les anus chirurgicaux, que l'on nomme purs. Il faut penser à la fermeture lorsqu'on fait un anus contre nature, afin qu'on se trouve dans les conditions qu'exige la méthode intra-péritonéale.

Le professeur Pierre Duval décrit sa technique ainsi :

« La boucle colique sortie de l'abdomen, on adosse
« toujours des deux bouts mésentériques l'un à

« l'autre, sur leurs deux faces, et par des fils non
« résorbables, sur une hauteur de 10 cm. en moyenne.
« On prend le troisième fil à partir de la base de la
« boucle colique et on le suture au péritoine pariétal.
« Le dernier fil d'accolement, celui qui est au som-
« met de la boucle colique, est suturé à la peau. Ainsi
« on a un éperon qui correspond à toute la hauteur
« de la paroi abdominale, et même remonte de deux
« ou trois centimètres dans le ventre. »

Ces anus sont établis par une opération bien réglée, à la suite d'occlusions complètes ou sub-occlusions, en amont d'un obstacle intestinal, ou bien à la suite de colectomie segmentaire sans rétablissement de la continuité intestinale. Ils siègent sur le gros intestin dans les cas les plus favorables à l'indication de fermeture intrapéritonéale.

Lorsqu'il s'agit d'anus contre nature siégeant sur le grêle l'exclusion avec dérivation intestinale est préférable.

Enfin, les anus contre nature doivent se présenter dans des conditions favorables pour bénéficier de la méthode intra-péritonéale. La cicatrice cutanée doit être nette, sans lésions inflammatoires superficielles; ligne muco-cutanée régulière, sans granulations inflammatoires. La muqueuse colique doit être sans la moindre ulcération et mobile sur le plan sous-jacent. Le palper intra-anal et le palper bi-digital — un doigt dans l'anús, un doigt sur la peau — doivent constater que tout est souple et mobile.

Le mauvais état des téguments, les mauvais états

inflammatoires locaux, la moindre suppuration, contre-indique toute intervention locale. Car c'est dans ces derniers cas qu'on rencontre les accidents plus ou moins graves qu'on a notés à la suite des interventions intra-péritonéales. Il faut donc savoir attendre jusqu'à ce qu'on soit mis en présence des conditions favorables.

L'observation typique d'un de nos malades démontre notre façon de procéder.

OBSERVATION 1257

Emile C..., âgé de 64 ans, opéré le 19 juin 1929; méso-sigmoïdite rétractile, avec très longue anse pelvienne en volvulus chronique. Résection du colon pelvien avec anus *in situ*. (Professeur Duval.)

Le 7 octobre 1929, revient pour fermeture de l'anوس. A cause du bourgeonnement de la plaie, l'anوس ne peut être fermé; le malade reviendra ultérieurement.

Le 10 janvier 1930. Cette fois-ci, on procède à la fermeture intra-péritonéale de son anus iliaque gauche, par le procédé du professeur Duval.

Ce malade a été revu par nous le 28 janvier 1932. Etat de santé parfait. Un examen radiologique révèle : cadre colique parfait; pas d'allongement ni de rétrécissement. Quelques petites coliques.

On voit donc que ce qui nous guide pour procéder à la fermeture d'un anus contre nature, ce sont les conditions locales satisfaisantes. Lorsque ces conditions sont parfaitement réalisées, on peut procéder à la fermeture intra-péritonéale avec toutes les chances de succès. Ces conditions se trouvent réunies à des moments variables, à partir de l'instant où l'anوس contre-nature a été réalisé.

Certains anus sont bons à fermer après un temps très court; d'autres ont besoin d'un temps plus ou moins long avant qu'on puisse procéder à leur fermeture. Mais le temps qui s'écoule entre le moment de l'ouverture et celui de la fermeture n'a aucune importance. Le seul guide qui indique le moment favorable à la fermeture, c'est l'état de l'an us et des tissus avoisinants.

Technique de l'intervention

Une fois que l'anus ou la fistule se trouvent dans les conditions requises par la méthode intra-péritonéale, on peut procéder à la fermeture. Voici la technique chirurgicale ainsi que l'expose le professeur Pierre Duval :

« Le malade est préparé pour une intervention
« sur l'intestin; de petites doses d'huile de ricin lui
« sont administrées dans les jours précédents et un
« lavement est donné la veille. L'anesthésie peut être
« générale ou locale, indifféremment.

1^{er} temps : Incision cutanée.

« La peau est incisée circulairement, à quelques
« millimètres du liseré muco-cutané. Supérieurement et
« inférieurement l'incision est prolongée sur la cicatrice.

« Aussitôt la peau mobilisée l'anus est fermé par
« des pinces; gants et instruments sont aussitôt
« échangés.

2^e temps : Ouverture de la cavité péritonéale.

« Le grand oblique, puis le petit oblique et le
« transverse, sont incisés en dedans de l'anús et assez
« loin de celui-ci, à environ un centimètre de leur
« union à l'anse colique. Puis la lèvre interne des
« muscles est fortement réclinée en dedans. Ainsi le
« péritoine est mis à nu, loin de la zone normale
« d'adhérences, et il est facile alors de trouver un
« point où la séreuse apparaît souple, mobile, sur les
« viscères sous-jacents, libre de toute adhérence.

« En ce point, le péritoine est ouvert. Si l'on ne
« prend pas cette précaution, en travaillant dans la
« zone des adhérences, on risque beaucoup de blesser
« l'intestin et de pénétrer dans le segment colique
« adhérent

3^e temps : Libération de l'anse colique.

« L'index gauche est introduit alors par l'orifice
« de la séreuse, dans l'abdomen. Il contourne l'anse
« colique adhérente à la paroi, fait le tour des deux
« bouts coliques, et, de proche en proche, sur le doigt
« intra-péritonéal qui soulève la paroi abdominale,
« on détache le côlon de la paroi, avec le bloc cicatriciel autour des bords de l'anús.

« Au cours de cette section des couches profondes
« de la paroi abdominale il faut, en rabattant le
« pouce sur l'index intra-péritonéal, palper l'épais-
« seur des muscles. On peut alors se rendre compte
« qu'il y a, de ci, de là, des noyaux cicatriciels plus ou

« moins indurés, plus ou moins étendus. Il est de
« toute nécessité d'enlever ce bloc cicatriciel pariétal;
« il faut couper le péritoine et les muscles pariétaux
« en zones absolument saines et souples.

4^e temps : Toilette de l'anse et avivement de ses bords.

« Lorsque la libération circulaire de l'anus est
« ainsi faite, l'anse colique est isolée sur des champs
« isolants. On commence alors le travail minutieux
« absolument nécessaire. Si parfois une anse grêle,
« lâchement adhérente au côlon, vient avec lui, elle
« est détachée et refoulée.

« L'anus se présente alors, portant au contact de
« ses bords la masse pariétale reséquée, plus ou
« moins importante. Toute cette masse de tissus cica-
« triciels doit être extirpée, jusqu'à ce qu'on voit com-
« plètement à nu la séreuse colique.

« A ce moment, les pinces qui ferment l'anus sont
« enlevées, l'anus est étalé et on procède à la résec-
« tion de son bord muco-cutané toujours rigide, de
« même que ses franges graisseuses. Il est capital
« d'obtenir, prêtes à la suture, des parois coliques
« souples, débarrassées de toute graisse et de tout
« tissu étranger.

« Lorsque cette préparation longue et minutieuse
« est terminée, on se trouve devant une ouverture
« colique vraiment immense. Il ne faut point s'en
« étonner; la réparation en est très simple. Il est à
« noter que, malgré l'existence d'un éperon, la cou-

« dure que présente le colon libéré de la paroi est
« peu marquée. Si des brides fibreuses unissaient
« l'anse afférente et efférente, il serait indiqué de les
« sectionner afin de redresser l'intestin; mais la per-
« sistance d'une certaine angulation est sans impor-
« tance.

5^e temps : *Fermeture de la brèche colique.*

« La brèche colique est suturée transversalement
« en trois plans : muqueux, musculeux et séreux.
« Lorsque l'anus contre nature a été établi depuis
« longtemps, il existe souvent une diminution mar-
« quée du calibre du bout inférieur. Il est rare que
« cette diminution de calibre entraîne des diffi-
« cultés de suture. S'il en était ainsi, il suffirait
« d'agrandir l'orifice inférieur par une section lon-
« gitudinale. Cette éventualité est tout à fait excep-
« tionnelle.

6^e temps : *Fermeture de la paroi abdominale.*

« La suture terminée, l'anse est rentrée dans l'ab-
« domen et le grand épiploon est rabattu dessus. La
« mesure de précaution qui consiste à suturer le colon
« au péritoine pariétal est superflue ; elle est même
« nuisible, car elle est génératrice d'adhérences. La
« paroi est fermée à trois plans sans drainage qui, le
« plus souvent, c'est inutile. »

De l'exposé de cette technique on doit remarquer
plusieurs choses :

a) les précautions à prendre avant d'ouvrir le péritoine;

b) chaque fois que l'on rencontre des adhérences, on procède régulièrement à leur destruction;

c) la réparation de l'anüs contre nature se fait par la simple entérorraphie, après excision des bords cicatriciels, graisse ou tissus étrangers;

d) l'éperon, quand il existe, n'est pas touché; on ne s'attaque jamais directement à lui, et on ne rencontre jamais l'emploi d'un instrument quelconque pour sa destruction, au cours de l'opération;

e) le plus souvent, aucun drain n'est nécessaire.

Quelles sont les suites de cette intervention ? —

Entièrement simples. Si les malades ont été préalablement purgés et lavementés, il ne faut les faire aller à la selle que vers le neuvième jour, par de petites absorptions d'huile de ricin. La première selle est souvent douloureuse; elle est précédée de colique due au passage un peu difficile dans le segment colique suturé et dans le bout inférieur. Cette partie terminale est souvent revenue sur elle-même, lorsque l'anüs est établi déjà depuis de longs mois: mais la circulation des fécès arrive rapidement à dilater ce segment rétréci. Il n'y a donc pas lieu de s'inquiéter de ces phénomènes douloureux qui sont d'ailleurs passagers.

La guérison est de règle et elle se fait dans des conditions très simples. Nous en apporterons des preuves dans un chapitre spécial.

Fistules et anus contre nature sans éperon. —

Nous n'avons pas à nous occuper spécialement de ce qui concerne ces fistules et anus, car nous négligeons la présence d'un éperon lors de la fermeture. La cure de ces anus et fistules, lorsqu'ils ne guérissent pas spontanément, est la même que pour ceux qui présentent un éperon.

Avantages de la méthode intra-péritonéale et comparaison avec les autres méthodes de fermeture

A condition d'observer ses contre-indications, la méthode intra-péritonéale se montre comme un traitement de choix pour fistules et anus contre nature. Si cette intervention a eu, et possède encore des adversaires acharnés, c'est qu'elle porte encore, dans l'estime des chirurgiens, le poids lourd des accidents qu'elle a causés, à une époque où la chirurgie abdominale et colique n'était pas aussi bien réglée qu'aujourd'hui.

Le reproche de gravité que l'on fait à cette intervention ne tient plus devant la statistique de guérison publiée.

Nous-même nous rapportons une nouvelle série de 12 observations de malades guéris par cette méthode.

L'entérorraphie intra-péritonéale permet une

dissection large et minutieuse des muscles de la paroi, cette dissection permettant de refaire plus tard méthodiquement tous les plans de cette paroi, et d'obtenir une cure parfaite des petites éventrations qui accompagnent assez souvent les fistules cœcales.

Un autre avantage de cette méthode intra-péritonéale, c'est qu'elle permet de faire une suture en paroi colique absolument saine, souple, débarrassée en toutes ses couches de tout élément scléreux ou graisseux, condition indispensable pour une bonne fermeture intestinale.

La simple entérorraphie est le moyen de fermeture intestinale employé par le professeur Pierre Duval.

En effet, l'entérectomie recommandée par Holbaum, Delore, est excessive. Outre que la chose n'est pas toujours possible, cette entérectomie n'est pas exempte de dangers.

Nous empruntons une statistique publiée en 1930 par Sacuto, afin d'illustrer les progrès suivis par les résultats des entérectomies :

Goetz	1890 :	32,5 % de mortalité.
Le Dentu	1890 :	25 %
Terrier et Gosset...	1900 :	15 %
Delore et Patel...	1901 :	12 %
Delore et Thévenet.	1908 :	10 %
Jourdan	1910 :	6,25 %
Holbaum	1924 :	2 %

Delore, en 1926, publie : 17 anus contre nature suturés par entérorraphie, 17 guérisons; un seul cas traité par entérectomie se termine par la mort.

La conclusion que l'on est en droit de tirer d'une pareille statistique est que l'entérorraphie doit être préférée à l'entérectomie, comme étant moins grave, et, par conséquent, comportant moins de risques.

Cette méthode permet la libération du côlon des adhérences qui l'attachent à la paroi abdominale, chose que les autres méthodes laissent aux bons soins de la nature.

Tous ces avantages, que présente la méthode intra-péritonéale, constituent autant d'arguments en sa faveur, et autant de reproches pour la méthode extra-péritonéale, qui les ignore. La méthode extra-péritonéale est, en effet, passible de plusieurs reproches; cette méthode, qui a pour principe de ne jamais ouvrir le péritoine, oblige le chirurgien à faire des entérorraphies portant toujours sur des tissus fibreux, cicatriciels, toujours un peu septiques, et dépourvus de séreuse. Or, pour qu'une suture intestinale tienne, il faut surtout qu'elle adosse des surfaces séreuses, le plan séreux de suture étant certainement le plus important. Il est facile alors de s'expliquer les échecs partiels ou totaux qui en résultent.

D'autre part, la suture intra-pariétale laisse le côlon adhérent à la paroi. Et ceci s'explique aisément : aussi loin que l'on pousse la dissection intra-pariétale de l'anse adhérente, on n'arrive jamais à réséquer le feuillet fibreux unissant le péritoine pariétal au péritoine intestinal. Pour faire cette résection, il faudrait passer en péritoine libre, en

zone saine, ce qui n'entre pas dans les vues de la méthode extra-péritonéale.

S'il arrive parfois que le côlon puisse se libérer spontanément de ses adhérences, il n'en reste pas moins vrai que ceci est une éventualité qu'on n'est pas en droit d'escompter comme régulière. L'entérorraphie intra-péritonéale rend au côlon, d'emblée et à coup sûr, son indépendance.

Quant à l'argument favori des défenseurs de la méthode extra-péritonéale, qui est la bénignité de cette méthode, il ne vaut qu'en comparaison avec les résultats de la méthode intra-péritonéale qui existait à un moment où la technique des interventions abdominales n'était pas la même que celle d'aujourd'hui.

Les résultats que totalise jusqu'à aujourd'hui la méthode intra-péritonéale ne comptent aucun échec, et ceci est la meilleure preuve de sa bénignité et de son efficacité.

Résultats des interventions par voie intra-péritonéale

Sur 11 observations que nous avons pu réunir dans le service du professeur Duval, et 1 dans le service du docteur Basset, nous comptons 12 guérisons.

Il s'agit de :

a) 8 fermetures d'anús avec éperon (observations de 1 à 8). Mortalité nulle. Toutes sont suivies de guérison d'emblée.

b) 4 fermetures de fistules suivies de guérison d'emblée. Comme moyen de suture intestinale, l'entérorraphie seulement.

Donc : 12 cas, 12 guérisons.

Il y a lieu de citer ici les résultats obtenus et publiés par divers chirurgiens qui ont traité les fistules et anus contre nature par voie intra-péritonéale.

DELORE, 1920-1926 :

19 cas, dont	}	18 anus contre nature... 1 fistule pyostercorale —	{	17 entérorraphies. 1 entérectomie. — entérorraphie.
--------------	---	---	---	---

Tous suivis de succès.

DEVAUX, dans sa thèse, réunit :

47 cas	{	36 anus contre nature	{ 13 entérectomie.
			{ 23 entérorraphie.
		11 fistules	{ 7 entérorraphie.
			{ 4 entérectomie.

Un seul décès, à la suite d'entérectomie.

46 guérisons sur 47.

HOLBAUM rapporte 42 cas d'anús contre nature traités par voie intra-péritonéale, mais par un procédé différent de celui du professeur Duval.

Un seul décès, sur 42 cas.

KAPPIS, en 1927, rapporte : 10 cas, suivis de 10 guérisons.

Pierre DUVAL, en 1928, rapporte : 38 cas, anus et fistules, traités par suture intra-péritonéale, suivis de 38 succès.

Enfin MURARD rapporte 7 cas suivis de 7 guérisons.

Le professeur Pierre Duval ne recommande que l'entérorraphie pour la fermeture de la brèche intestinale. En effet, les suites des entérorraphies sont bien plus bénignes que celles des entérectomies.

Voici les résultats publiés par Sacuto sur les entérorraphies latérales et les entérectomies :

Entérorraphie :		cas	mort
Delore	1926	18	0
P. Duval	1930	41	0
Murard	1930	7	0
Lapointe	1930	24	0
Bressot	1930	7	0
Nous-même	1932	12	0

<i>Entérectomie :</i>		cas	mort
Delore	1921	17	1
Holbaum	1924	42	1
Lapointe	1930	1	0

On peut donc conclure que la méthode intra-péritonéale se révèle d'une inocuité absolue, lorsque les anus sont traités par entérorraphie, les entérectomies comportant certains dangers.

Les résultats éloignés sont très satisfaisants. Les examens radiologiques récents ont permis de constater chez nos malades opérés suivant le procédé du professeur Duval, l'absence de tout obstacle au niveau de la suture. L'image montre l'intestin libre, sans adhérences à la paroi.

L'excellence des résultats de la méthode de fermeture intra-péritonéale, que nous avons rassemblés plus haut, la bénignité de cette intervention, dispensent les chirurgiens modernes d'avoir recours aux méthodes imparfaites et infidèles qui n'ouvrent pas le péritoine.

La méthode de fermeture intra-péritonéale, faite suivant le procédé du professeur Duval, s'impose comme une méthode de choix.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

L... Andrée, âgée de 20 ans, entre dans l'hôpital le 27 janvier 1931 pour des douleurs abdominales. L'examen permet de poser le diagnostic de double salpingite suppurée. Le 14 février 1931, intervention chirurgicale.

On trouve : double salpingite suppurée. On fait : hystérectomie subtotale et appendicectomie. Dans le décollement de la salpingite gauche, le côlon pelvien est ouvert à sa partie moyenne sur une grande largeur. Après suture, on se rend compte que le calibre est trop rétréci.

Incision de la fosse iliaque gauche; résection du côlon pelvien, avec anus contre nature, en canon de fusil. Drainage sus-pulvien.

Suites opératoires : Cicatrice médiane parfaite; anus iliaque en très bon état.

Le 24 mars 1931, c'est-à-dire six semaines après la première intervention, on procède à la fermeture par la méthode intra-péritonéale de son anus contre nature.

La malade a été revue par nous, le 21 janvier 1932, un an après l'opération. Cicatrice parfaite. La malade souffre un peu quand elle va à la selle. Etat de santé parfait.

On procède à un examen radioscopique et radiographique. La malade souffre un peu au moment du passage du lavement baryté, à l'endroit de la colectomie.

On remarque : aspect en canon de fusil de l'anse du côlon droit et gauche; difficulté de séparer l'anse gauche de la paroi. Dolico-côlon droit; côlon transverse allongé et plus ou moins fixé.

OBSERVATION 2

B... Fernand, âgé de 25 ans, vient le 15 mai 1928 à l'hôpital pour un syndrome abdominal douloureux.

Intervention le 16 mai 1928, d'urgence :

On trouve : volvulus du sigmoïde. Incision au niveau de la fosse iliaque gauche passant à travers le muscle droit; incision assez longue pour faciliter l'extériorisation.

Ouverture du péritoine : pas de liquide, sauf un peu de sérosité sanglante. On arrive sur le sigmoïde, qui atteint le volume d'une cuisse. On libère les adhérences qui unissent l'anse afférente à l'anse efférente; supérieurement ces deux anses sont accolées par des tractus blanchâtres perpendiculaires à la section des vaisseaux.

En relevant l'intestin on voit qu'il n'est pas détendu. Pour y parvenir on contourne deux tours et demi en sens inverse des aiguilles d'une montre. On introduit une sonde de Marion dans le rectum; un liquide noir et fétide gicle et des gaz s'échappent. Fermeture ensuite.

Le 26 juillet 1928. Nouvelle intervention. Colectomie gauche avec abouchement à la peau. Ablation de 40 centimètres d'intestin.

Le 8 décembre 1928, c'est-à-dire presque six mois, à partir de la constitution de son anus contre nature, on procède à sa fermeture par voie intra-péritonéale, après avivement des tissus et excision des tissus fibreux. Eperon visible; suture d'une large brèche colique.

Le 25 janvier 1929, le malade est revu. Etat très satisfaisant. Pas d'éventration. On procède à un examen radiologique : le lavement baryté passe dans le côlon sigmoïde, se dirigeant directement vers la fosse iliaque. Aucun rétrécissement au niveau de la suture intestinale.

Nous avons revu le malade le 21 janvier 1932. Il est en parfait état de santé. Cicatrice parfaite; pas d'éventration.

L'examen radiologique révèle : spasme du côlon, cédant rapidement. Aucun rétrécissement. Sôlon dilaté.

OBSERVATION 3

P... Yves, âgé de 54 ans. Ce malade a été opéré le 28 août 1928 pour un syndrome d'occlusion chronique. On lui a fait un anus iliaque droit, qui fonctionne parfaitement bien. Ses matières passent en plus grande partie; une petite partie seulement passe par l'anus naturel.

Le 8 décembre 1928, on fait une laparotomie exploratrice. On trouve : Néoplasme recto-sigmoïdien, adhérent à la vessie, à la concavité sacrée, et avec gros ganglions tout le long de l'aorte abdominale.

On fait un anus iliaque gauche.

Le 9 janvier 1929, c'est-à-dire cinq mois plus tard, on procède à la fermeture intra-péritonéale de l'anus cœcal droit.

Le 9 février 1929, on est obligé d'ouvrir, à ce malade, la viginale dans le but de vider une collection purulente. On trouve seulement du liquide citrin. Température : 40°-41°.

Exploration du testicule et épидидyme : épиплоїte enflammée banale.

Ce malade sort le 24 février 1929, en parfait état.

Il revient le 7 juillet 1929 avec néo généralisé et ne tarde pas de succomber à cette maladie.

OBSERVATION 4.

A. . . Germaine, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 11 août 1928 pour occlusion intestinale et pelvi-péritonite.

Le 15 août 1928, elle est opérée par le docteur Welti. Incision iliaque d'un abcès de Douglas. Fistulisation du cœcum.

Suites opératoires : normales. Cependant la malade dit qu'il a toujours coulé un peu de pus, à l'angle inférieur de l'anus iliaque.

Le 13 février 1929. A la partie inférieure de l'anus iliaque se trouve un petit orifice fistuleux, donnant issue à une goutte de pus. Par le toucher vaginal, en pressant, on fait soudre environ un verre à bordeaux de pus.

Le 19 février 1929, intervention chirurgicale par le Dr Welti. Ouverture et débridement d'un trajet fistuleux.

Le 10 mai 1929. D'après la visite du professeur Duval, on conseille la castration avant de refermer l'anus.

Le 28 mai 1929. Nouvelle intervention chirurgicale. Hystérectomie sub-totale, pour anexite bilatérale, avec utérus rétroversé; grosse masse salpingienne droite avec zones caséifiées. Excision du trajet fistuleux dans la région inguinale.

Enfin, le 30 juillet 1929, on peut procéder à la fermeture de l'anus. Incision iliaque circonscrivant l'anus. Ouverture de la cavité péritonéale. Isolement du cœcum, qui est uni par des adhérences à l'intestin. Le champ opératoire est cloisonné et isolé par les adhérences.

Suture en trois plans, après avivement des bords de l'anus. Fermeture de la paroi.

La malade sort guérie le 25 août 1929. Elle est revue une première fois le 22 octobre 1929. La malade se trouve complètement guérie. Paroi très bonne. A repris 12 kgr.

Nous avons revu cette malade le 21 janvier 1932. Elle nous a dit avoir suppuré un peu, suppuration qui a

cessé spontanément peu après. Aujourd'hui, aucune trace de suppuration; cicatrice parfaite; paroi bonne. Malade en très bonne santé. Un examen radiologique révèle : Aspect en canon de fusil du côlon droit, avec impossibilité de séparer les anses à la main.

OBSERVATION 5

V... René, âgé de 41 ans, vient à l'hôpital parce que depuis six mois il se plaint de troubles gastriques, qui s'accompagnent de phénomènes abdominaux douloureux et de ballonnement. Le malade a beaucoup maigri ces derniers temps; il est très asthénisé, son faciès est pâle. L'appétit est conservé. On décide d'intervenir.

Le 13 mars 1929, intervention chirurgicale. Dolichocôlon plavien, avec mésentérite rétractile. Résection en deux temps du côlon pelvien. Méga-côlon dilaté jusqu'à l'angle splénique. Appendicectomie. Anus artificiel médian.

Suites opératoires : normales.

Le 5 juin 1929, c'est-à-dire trois mois plus tard, on procède à la fermeture intra-péritonéale de l'anus artificiel.

La malade revient en juillet de la même année pour des douleurs continues épigastriques, et dans la fosse iliaque gauche, ces douleurs s'accompagnent de vomissements.

L'examen montre la cicatrice médiane, sous-ombilicale en parfait état. La palpation ne découvre pas de point douloureux net.

On opère ce malade le 20 novembre 1929. Colectomie totale pour mégacôlon commençant à l'angle splénique et se terminant au cœcum. Anastomose termino-terminale.

Suite : Dilatation aiguë de l'estomac. On fait plusieurs lavages d'estomac. Mort en collapsus cardiaque.

OBSERVATION 6

B... Madeleine, âgée de 16 ans. Cette malade a été opérée une fois le 9 mars 1928 et on lui fait un anus iliaque gauche.

Cet anus est fermé quatre mois plus tard, le 10 juillet 1928, par voie intra-péritonéale. Deux plans et un plan de soutien.

Nous n'avons pas pu revoir cette malade, qui ne s'est pas présentée à notre convocation. Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, elle se trouvait en parfait état de santé.

OBSERVATION 7

D... Marie, âgée de 19 ans, est opérée le 20 mars 1928 pour salpingite double, avec, à droite, poche suppurée très volumineuse préutérine, s'insinuant sous la vessie et surmontée d'une grosse poche séreuse.

On fait une hystérectomie abdominale subtotal et appendicectomie. Péritonisation sur les côtés. Au niveau du col et de la vessie, en raison du vaste foyer suppuré, impossible de péritoniser. On met un drain et deux mèches. Paroi en 2 plans.

Le 27 mars 1928, nouvelle intervention. On réouvre la suture. On trouve un épanchement séreux intra-abdominal particulièrement abondant dans la cloison. Les anses grêles de la partie inférieure de l'abdomen sont couvertes de fausses membranes et sont adhérentes entre elles dans la zone de péritonite. On les dégage et libère. Pose d'un drain et deux mèches.

Fermeture de la paroi. Incision iliaque droite. Extériorization et fistulisation d'une anse grêle, au voisinage du cœcum.

Le 20 octobre 1928, c'est-à-dire sept mois plus tard, on procède à la fermeture de la fistule. On circonscrit la fistule par une incision élliptique. On dégage l'anse

grêle de ses adhérences, qui se font à la partie inférieure de la cicatrice; toute la partie supérieure est libre.

L'anse étant largement extériorisée, on resèque la bordure cutanée, et l'on se trouve en présence d'un orifice sur l'anse grêle, large comme l'extrémité d'un pouce et arrondi.

Suture transversale en deux plans. Avivement des plans de la paroi et suture de celle-ci en trois plans, sans drainage. (Observation du docteur Basset.)

OBSERVATION 8

H... Germaine, âgée de 17 ans, est opérée le 17 mai 1929 pour fistule post-opératoire, à la suite d'un abcès appendiculaire. Débridement superficiel.

Le 12 juin 1929, un mois après, intervention pour fermeture. Excision de la fistule jusqu'au cœcum. Fermeture en un plan.

Le 29 juin 1929, la jeune fille sort parfaitement guérie. La fistule fermée; appendice laissé.

Nous avons revu cette malade le 21 janvier 1932. Elle est bactérienne, ayant les deux poumons voilés. Un examen radiologique de son côlon, après lavement opaque, montre : cadre colique parfait et régularité des contours.

OBSERVATION 9

G... Raymonde, âgée de 23 ans, entre le 11 août 1931 à l'hôpital avec signes de sub-occlusions et présentant une cicatrice de la fosse iliaque droite, suite d'une opération d'appendicite et de hernie faite 8 mois auparavant à Soissons. Elle présente actuellement une fistule au même point. La malade est une simulatrice.

Intervention chirurgicale le 2 septembre 1931. Incision en péritoine sain, en dedans de la cicatrice. Le cœcum est libre et l'appendice présent. On l'enlève. La

fistule est exclusivement pariétale et comprise dans un bloc fibreux qui va jusqu'aux pubis. On enlève ce bloc et on refait la paroi au catgut. Trois plans.

Suites de l'opération : Longue suppuration. Mais on s'aperçoit que la malade truque la température et introduit des corps étrangers dans sa plaie. Surveillance. Guérison.

OBSERVATION 10

W... Félix, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital le 29 novembre 1930. Depuis le début du mois, ce malade souffre au niveau d'une cicatrice siégeant dans la fosse iliaque droite. Prurit marqué et suintement d'une sérosité louche. Depuis huit jours il remarque dans son pansement la présence des matières stercorales.

Antécédents : Ce malade a été opéré à Bretonneau pour un abcès appendiculaire en 1916. A la suite de cette intervention, il se produit une fistule stercorale pour laquelle il reste en traitement pendant quatre mois. Depuis cette époque jusqu'en novembre dernier, ce malade a toujours été bien portant. Pas de diarrhée, ni de constipation.

L'examen découvre : fistule au niveau du point de Mac-Burney. Ventre souple.

Le malade est opéré le 3 décembre 1930. On ferme la fistule par la méthode intra-péritonéale. Drainage de la paroi musculaire. Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION 11

G... Ernest, âgé de 58 ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1931, porteur d'un anus iliaque droit qui a été pratiqué par le docteur Ameline le 14 décembre 1930 dans une clinique particulière. L'intervention a été faite d'urgence, car le malade présentait des phénomènes

d'occlusion avec paroxysmes; des douleurs sont survenues brusquement deux jours auparavant.

Le 10 avril 1931, on opère ce malade pour fermeture de son anus. Anus cœcal avec éventration pariétale. Fermeture intra-péritonéale par le procédé habituel. Libération de l'orifice avec une collerette de peau. On ferme l'anus à l'aide des pinces. Ouverture du péritoine en passant au large. Libération du cœcum. Suture de l'orifice au fil de lin fin (triple plan). Fermeture de la paroi en deux plans. Petit drain sous la peau.

Suites de l'opération : normales. Le quatrième jour, ablation du drain. Le malade sort le 20^e jour : cicatrisation parfaite, sauf en un point qui a été le siège du drain, où les téguments ne sont pas complètement réunis.

Le transit intestinal est normalement rétabli.

Le malade est revu par nous le 28 janvier 1932. Petite éventration. Etat de santé parfaite. Un examen radiologique révèle : légère tendance au dolicho-mégacolon. Déformation du segment droit du colon transverse, persistant lorsque le malade est mis la tête en bas.

CONCLUSIONS

1) La méthode de fermeture intra-péritonéale est le meilleur traitement que les chirurgiens peuvent employer pour la fermeture des fistules et anus contre nature.

2) Elle permet de mettre en liberté l'intestin, attaché à la paroi abdominale par les adhérences.

3) Comme moyen de suture de la brèche intestinale l'entéroorrhaphie s'impose comme le plus inoffensif.

4) Dans le cas des anus éperonnés, l'éperon doit être complètement négligé ; toute entérectomie est inutile et l'entérotomie est tout à fait rejeté de l'arsenal moderne des instruments chirurgicaux.

5) Cette méthode se montre, par les résultats que nous avons pu réunir, comme étant la plus bénigne et donnant le plus grand pourcentage de guérison que l'on puisse espérer.

Vu : *Le Doyen,* Vu : *Le Président de Thèse,*
BALTHAZARD. P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BASSET. — *Bull. de la Soc. Nat. Chirurgie*, 15 oct. 1930.
- N. V. BEDARIDA. — Application de la striction de Parla-vecchio à la suppression des anus contre nature. (*La Clinica Chirurgica n. s.*, An. V, fasc. 5, mai 1929, pp. 550-562.)
- BURROWS et BURROWS. — A colostomy operation. (*J. Am. Med. Ass.*, 1921, p. 647.)
- CADENAT. — Fermeture des anus contre nature. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, n° 33, 15 déc. 1928, p. 1347.)
- CHATON. — Colectomie pour anus contre nature sur le côlon. (*Soc. de Chir.*, 1923, p. 107.)
- COFFEY. — A permanent colostomy or enterostomy which may be closed by an extra-peritoneal operation. (*Ann. Surg.*, 1920, p. 299.)
- CONGLIN. — Artificial anus. (*J. Missouri M. Ass.*, 1920, p. 442.)
- DESCOMPS et TURNESCO. — La circulation lymphatique du gros intestin. (*Rev. de Chir.*, 1923, p. 329.)
- DELORE, MALLET, GUY et VACHER. — Trait. direct. intrapérit. (*Rev. de Chirurgie*, n° 4, 1926.)
- DUVAL. — Continence d'un anus artificiel. (*Soc. de Chir.*, 1922, p. 880.)
- FRANK. — Plastischer Verschluss des Kunstaffters. (*Zentralbl. f. Chir.*, 1922, p. 1369.)
- FRUCHAUD et BUIS. — Notions d'anatomie et de physiologie du gros intestin. (*Arch. Méd. Angers*, 1922, p. 121.)
- GANT. — *Diseases of the rectum anus and colon...* (1 vol. London, 1923.)
- GODART. — Anus artificiel. (*Thèse de Paris*, 1924.)

- HIRSCHMANN. — The value of temporary colostomy. (*J. Am. Med. Ass.*, 1922, p. 1021.)
- JABOULAY. — Les anus contre nature dans le volvulus. (*Lyon Médical*, 1911.)
- KAISER. — Ueber Kunstafter Verschluss operationen. (*Zentralbl. f. Chir.*, 1923, p. 666.)
- KUPRIJANOFF. — Ueber die Lage des Colon transversum. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1923, p. 518.)
- Chirurgie du côlon transversum. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1923, p. 535.)
- LABAN. — Le segment transversal du côlon. (*Thèse de Paris*, 1923.)
- LAMBERT. — Anus contre nature, pratique. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 12 janvier 1921.)
- LINTHICUM. — Plastic abdominal incision for colostomy. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1920, p. 197.)
- LYNCH et FELSEN. — *Tumors of the colon and rectum their pathology, diagnosis and treatment.* (1 vol. New-York, 1925.)
- MAC KINNON. — Colostomy. (*Canad. M. Ass. J.*, 1920, p. 710.)
- MATTOLI. — La chirurgia del colon. (*Studium*, 1920, p. 375.)
- MÉRIEL. — *Affections chirurgicales du gros intestin.* (1 vol. Baillière, 1924.)
- J. MURARD. — De la fermeture intra-péritonéale des anus contre nature du gros intestin. (*Soc. Nat. de Chir.*, 25 octobre 1930.)
- OKINCZYC. — Les anus artificiels continents. (*Médecine*, 1923-24, p. 28.)
- PAPIN. — Guérison par exclusion bilatérale, puis colectomie segmentaire d'un anus contre nature du côlon. (*Soc. Chir.*, 1924, p. 137.)
- PAUCHET. — Fermeture d'un anus artificiel. (*Clinique*, 1922, p. 280.)

V. PAUCHET. — Fermeture d'un anus artificiel. (*La Clinique*, novembre 1922.)

PAUCHET. — Anus gargouille de Lambert. (*Paris Chirurgical*, 1924, p. 246.)

RAUKIN. — *Surgery of the Colon*. (1 vol. London, 1926.)

RHODES. — *Colostomy Surg. Clin. N. Am.*, 1923, p. 857.)

ROUX-BERGER. — Anus de dérivation sur le côlon ascendant. (*Soc. de Chir.*, 24 oct. 1923.)

C. SACUTO. — Sur la fermeture des fistules et anus contre nature par la méthode directe intra-péritonéale. (*Thèse de Paris*, 1930, Vigne, édit.)

SCHWARTZ. — De la continence des anus artificiels. (*Paris Médical*, 1922, p. 389.)

— De la continence des anus artificiels. (*Soc. de Chir.*, 1922, p. 753.)

SORES. — Umbilical artificial anus. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1925, p. 103.)

STERN. — Anus contre nature. (*Journ. de Méd. Paris*, 1920, p. 439.)

WILENSKY. — Colostomy. (*Prog. Méd. Philadelphie*, 1921, p. 129.)

P. DUVAL. — La fermeture des fistules et anus coliques chirurgicaux. Avantages de la fermeture intra-péritonéale, d'après une statistique de 38 cas. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 54 : 1336-1343, 8 déc. 1928.)

DUVAL, H. WELTI. — La fermeture intra-péritonéale des fistules et anus coliques chirurgicaux. Technique opératoire. Résultats. (*Arch. franco-belges de Chir.*, 32 : 101-106, 110, 054, fév. 1930.)

V. FAUCHET. — Fistules stercorales et anus contre nature, leur traitement. (*La Clinique*, mai 1926, n° 65.)

A. LAPOINTE. — La cure des fistules stercorales et anus contre nature par la fermeture directe intrapéritonéale. (*L'Avenir Médic.*, n° 10, déc. 1930.)
